病院見学申込書

※見学は平日（病院の休診日除く）に、5年生・6年生・既卒者を対象に行っています。

西暦　　　　　年　　　月　　　日

　東京逓信病院長　殿

私は貴院での病院見学を下記のとおり希望いたしたく、学生証の写しを添えて申込みますので、承認よろしくお願い致します。

承認の上は病院の諸規則を遵守し、見学科の指示に従うことを誓います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  　 　 　  | 大学名 | 大学　　　　年次既卒 |
|  住　　所 |  〒　 　 －　　　　　　 |
| 携帯電話 | ―　　　　―　　　　　　　　　　　緊急連絡先（　 　―　　　　―　　　） | 当院見学の　　　　　きっかけ |  |
| メールアドレス | ＠ |
| 希望年月日**必ず第3希望****まで記入** | **第一希望：　　　　年　　　月　　日（　　　），第二希望：　　　　年　　　月　　日（　　　），****第三希望：　　　　年　　　月　　日（　　　）**※希望日の2週間前までにお申込みください。 |
| 希望科（一科選んで○をしてください） | 内分泌・代謝内科※,血液内科※,神経内科,消化器内科※,循環器内科※ ,腎臓内科※,呼吸器内科※,一般消化器外科,呼吸器外科,脳神経外科,整形外科,小児科,眼科,皮膚科,形成外科,泌尿器科,耳鼻咽喉科,放射線科,麻酔科,リハビリテーション科,救急総合診療科,病理診断科,臨床検査科　　　※内分泌・代謝内科、血液内科は火・水・木・金、消化器内科は水・金、循環器内科は火・木、腎臓内科は月・水・金、呼吸器内科は月のみ可　 |
| 希望理由　※その科を希望した理由を明確に記入宇 |  |
| 学生証(写)表と裏　貼付欄 |  |

【注意】見学当日はマスク、白衣、名札、聴診器をお持ちください。

(2025.04-2)

病院使用欄

（1）受入日可否：（　　　　年　　月　　日（　　））・否　　　　　 （2）担当医師：

（3）集合時間：　　　　　　　　　（4）集合場所：　　　　　 　（5）その他連絡事項：